



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE SEXTO Y SÉPTIMO DE BÁSICA DE LA ESCUELA "EMILIO ABAD", DE LA CIUDAD DE AZOGUES, EN EL PERIODO LECTIVO 2016-2017.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTORAS:**

MARÍA CARIDAD GONZÁLEZ SACOTO  
CAROLA MARIBEL VILLALTA CONTRERAS

**DIRECTOR:**

DR. MANUEL ISMAEL MOROCHO MALLA

**ASESORA:**

DRA. LORENA ELIZABETH MOSQUERA VALLEJO

**CUENCA - ECUADOR  
2017**



## RESUMEN

**Antecedentes:** El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad se presenta con frecuencia desde la infancia, ocasionando un impacto negativo en diferentes situaciones académicas, familiares o sociales; obstaculizando la vida cotidiana por la falta de conclusión de tareas o dificultad para realizar actividades. Existen pocos estudios en nuestra localidad, por ello la necesidad de esta investigación.

**Objetivo General:** Determinar la frecuencia del TDAH en los estudiantes de sexto y séptimo de básica de la escuela de educación básica “Emilio Abad”, de la ciudad de Azogues, en el periodo lectivo 2016-2017.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal. El universo lo conformaron los estudiantes del sexto y séptimo de básica. Los datos fueron recolectados mediante los Test Connors de profesores y de padres. Los datos fueron ingresados a una base de datos del programa Microsoft Excel 2013 y se analizaron mediante la versión 22.0 del programa SPSS, los resultados están representados en tablas, según los objetivos de este estudio.

**Resultados:** La frecuencia del TDAH en los estudiantes de sexto y séptimo de básica es de 25.4% (Connors-Maestros) y 15.5% (Connors-Padres). La prevalencia del TDAH, predominó en el sexo masculino, tanto en Connors para maestros como para padres, con un 26.5% y 15.2% del total de niños, respectivamente.

**Conclusiones:** Se obtiene una alta prevalencia de TDAH debido a la subjetividad de los test de Connors para padres y maestros, estos deben complementarse con los criterios diagnósticos clínicos.

**Palabras Claves:**

DEFICIT DE ATENCION, TRASTORNO, HIPERACTIVIDAD, EDAD, SEXO, GRADO ESCOLAR, TEST DE CONNERS.



## ABSTRACT

**Background:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder frequently occurs since childhood, causing a negative impact on different academic, family or social situations; hindering daily life due to the lack of completion of tasks or difficulty in carrying out activities. There are few studies in our locality, therefore the need for this research.

**General Objective:** To determine the frequency of ADHD in the sixth and seventh basic students of the basic education school "Emilio Abad", in the city of Azogues, in the academic period 2016-2017.

**Methodology:** We conducted a descriptive and cross-sectional study. The universe was composed by the students on sixth and seventh of basic. Data were collected through the Test Conners of teachers and parents. The data were entered into a database of the Microsoft Excel 2013 program and It analyzed using SPSS version 22.0, the results are represented in tables, according to the objectives of this study.

**Results:** The frequency of ADHD in sixth and seventh grade students is 25.4% (Conners-Maestros) and 15.5% (Conners-Parents). The prevalence of ADHD predominated in boys, both in Conners for teachers and parents, with 26.5% and 15.2% of the total children, respectively.

**Conclusions:** A high prevalence of ADHD is obtained due to the subjectivity of the Conners test for parents and teachers, these should be complemented with clinical diagnostic criteria.

**Keywords:**

ATTENTION DEFICIT DISORDER, HYPERACTIVITY, AGE, SEX, GRADE, CONNERS TEST



## INDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT .....	3
INDICE .....	4
RESPONSABILIDAD .....	8
DEDICATORIA .....	10
AGRADECIMIENTO .....	12
CAPÍTULO I .....	13
1.1 INTRODUCCIÓN .....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA .....	14
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	16
CAPÍTULO II .....	19
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO .....	19
CAPÍTULO III .....	36
3. OBJETIVOS .....	36
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	36
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
CAPÍTULO IV .....	37
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
4.1 TIPO DE ESTUDIO: .....	37
4.2 ÁREA DE ESTUDIO: .....	37
4.3 UNIVERSO .....	37
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	37
4.5 VARIABLES .....	37
4.6 METODO, TECNICA E INSTRUMENTOS .....	38
CAPÍTULO V.....	40
5.1 RESULTADOS.....	40
CAPÍTULO VI .....	48
6.1 DISCUSIÓN .....	48
CAPÍTULO VII .....	50
7.1 CONCLUSIONES .....	50
7.2 RECOMENDACIONES.....	51
CAPÍTULO VIII .....	52
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	52



<b>CAPITULO IX</b> .....	58
<b>9. ANEXOS</b> .....	58



## DERECHOS DE AUTOR

María Caridad González Sacoto, autora del proyecto de investigación “FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE SEXTO Y SEPTIMO DE BÁSICA DE LA ESCUELA “EMILIO ABAD”, DE LA CIUDAD DE AZOGUES, EN EL PERIODO LECTIVO 2016-2017.”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 10 de Febrero del 2017

María Caridad González Sacoto  
C.I. 0302394218



## DERECHOS DE AUTOR

Carola Maribel Villalta Contreras, autora del proyecto de investigación “FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE SEXTO Y SEPTIMO DE BÁSICA DE LA ESCUELA “EMILIO ABAD”, DE LA CIUDAD DE AZOGUES, EN EL PERIODO LECTIVO 2016-2017.”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 10 de Febrero del 2017

---

Carola Maribel Villalta Contreras

C.I. 1400898787



## RESPONSABILIDAD

María Caridad González Sacoto, autora del proyecto de investigación “FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE SEXTO Y SEPTIMO DE BÁSICA DE LA ESCUELA “EMILIO ABAD”, DE LA CIUDAD DE AZOGUES, EN EL PERIODO LECTIVO 2016-2017.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 10 de Febrero del 2017

María Caridad González Sacoto

C.I. 0302394218





## RESPONSABILIDAD

Carola Maribel Villalta Contreras, autora del proyecto de investigación “FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE SEXTO Y SEPTIMO DE BÁSICA DE LA ESCUELA “EMILIO ABAD”, DE LA CIUDAD DE AZOGUES, EN EL PERIODO LECTIVO 2016-2017.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 10 de Febrero del 2017

---

Carola Maribel Villalta Contreras  
C.I. 1400898787



## DEDICATORIA

*A Dios por permitirme la vida, ser dador,  
de oportunidades y de la fuerza  
para no rendirme en las dificultades.*

*A mis padres por el amor y apoyo  
incondicional, por enseñarme que el  
esfuerzo tiene su recompensa.*

*A mis hermanos, por recordarme cada  
día que soy capaz de alcanzar mis  
sueños.*

*A mis amigos y compañeros que tuve la  
suerte de ganar dentro de las aulas de  
la universidad por hacer menos duro el  
camino.*

**María Caridad González Sacoto**



## DEDICATORIA

*A Dios por guiarme por el buen camino  
y darme fuerzas para seguir adelante.*

*A mis padres Carlos y Yolanda quienes  
me aconsejaron, guiaron y enseñaron a luchar  
para lograr lo que solo con esfuerzo se  
alcanza*

*A mis hermanos que han sabido estar  
cercanos a pesar de la distancia y me han  
brindado su apoyo incondicional*

**Carola Maribel Villalta Contreras.**



## **AGRADECIMIENTO**

A nuestros padres, que con su comprensión y apoyo nos han impulsado para seguir adelante.

A los docentes de nuestra universidad en especial a nuestro Director de tesis el Dr. Ismael Morocho y Asesora Dra. Lorena Mosquera, que con sus conocimientos, orientaciones y paciencia nos ayudaron en la realización de este estudio.

Al doctor Darío Vélez quien con su contingente nos brindó apoyo fundamental para la elaboración de este estudio.

**Las Autoras.**



## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

El proyecto de investigación que se llevó a cabo en la escuela “Emilio Abad” de la ciudad de Azogues, estuvo encaminado a identificar la presencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en los estudiantes de sexto y séptimo de básica, debido a la falta de estadísticas a nivel nacional y local, será un indicio para que la institución dé la importancia necesaria para el seguimiento de posibles casos, su diagnóstico certero y el tratamiento multimodal; esto permitirá a futuro mejorar las interrelaciones familiares y sociales, autoestima y rendimiento escolar, evitando la estigmatización social al paciente con TDAH.

El TDAH es un trastorno neuropsiquiátrico con un componente neurobiológico y hereditario, de inicio en la infancia y que puede persistir a lo largo de la vida, caracterizado por grados variables de inatención, hiperactividad e impulsividad (1).

Es un problema común en la sociedad, según últimos estudios existe una prevalencia mundial del 8 al 12%, de niños y adolescentes con este trastorno (2).

En nuestro país, el marco legal de la Constitución Política del Estado, Código de la Niñez y Adolescencia, establece el interés superior de los niños y el adolescente sobre la demás población, de tal forma que se considera política de Estado la inclusión educativa a este segmento poblacional (3), más aun cuando el TDAH presenta alteraciones en los mecanismos atencionales y en los procesos de control inhibitorio, lo que ocasiona alteración conductual, socioemocional y falta de un buen rendimiento académico (4).

Gracias a estudios en la actualidad se sabe que el TDAH es una alteración crónica y permanente que se manifiesta en situaciones donde el individuo necesita autocontrol para su desenvolvimiento dentro de la sociedad. Sin embargo, el diagnóstico se da desde la infancia media a la temprana



adolescencia. En la edad adulta existen estudios de seguimiento del trastorno que demuestran la persistencia del mismo (5), dándole el criterio de cronicidad al trastorno por déficit de atención.

Este estudio cuenta con nueve capítulos, de los cuales, el capítulo uno aborda el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y la importancia de estudiar el mismo, mediante el planteamiento del problema y su respectiva justificación.

En el capítulo dos se encuentran las bases teóricas de la investigación, donde se incluye el Sistema Educativo de Ecuador y las características del TDAH como su definición, tipos, diagnóstico, etiología, factores de riesgo, problemas relacionados el desarrollo y su tratamiento; además del enfoque teórico sobre el test de Conners.

El capítulo tres explica los objetivos planteados, tanto general como específicos. En el cuarto se habla sobre el diseño metodológico empleado en esta investigación.

Los resultados obtenidos mediante las tablas descriptivas y su interpretación, se encuentran en el quinto capítulo. Se expone en los últimos capítulos la discusión de los resultados obtenidos en nuestra investigación con los de otros estudios revisados en el fundamento teórico, y finalmente las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

La información obtenida a través de este estudio estará a la disposición de la Facultad de Ciencias Médicas.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H) incluye signos y síntomas en tres áreas consideradas nucleares: impulsividad, atención y movimiento, se relaciona con problemas emocionales y conductuales; que causarán dificultades en el ámbito familiar, social y escolar del niño y más tarde en aspectos ocupacionales (6).



Los mecanismos de atención y los procesos de control inhibitorio, están alterados, lo que conllevará a efectos negativos en su rendimiento académico, emocional, conductual y social, resultando importante generar estrategias dentro del ámbito psicopedagógico (4).

En términos epidemiológicos, según últimos estudios existe una prevalencia mundial del 8 al 12%, de niños y adolescentes con este trastorno (2). Según la guía Esencial de Psicofarmacología del Niño y del Adolescente, la frecuencia del déficit de atención a nivel mundial se calcula que es de 5.29% aproximadamente en niños de edad escolar (7).

A nivel internacional, el Instituto Nacional de Salud de Madrid realizó un estudio en 3042 niños y adolescentes de 8 a 15 años, donde encontraron una prevalencia del TDAH del 8.6% (8). En un estudio tipo descriptivo transversal realizado en Puerto Padre provincia de las Tunas, Cuba en 314 escolares, se obtuvo una prevalencia del trastorno de un 5.4% (9). Según un estudio en 4143 niños de edad escolar de Irán, se estimó una prevalencia del 12.3%  $\pm$  2.12%, durante el cribado del TDAH mediante el test de Conners (10).

En Latinoamérica, la prevalencia oscila en el rango de 5 a 20% según el Consenso Latinoamericano (11). En Ecuador no hay estadísticas nacionales, sin embargo en Perú siendo un país similar al nuestro, tiene una prevalencia del TDAH entre 5 a 10% (1). El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud de Chile considera el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) como el problema de salud mental más frecuente en niños, niñas y adolescentes en edad escolar en su país, estimándose que uno de cada 80 a 100 escolares de enseñanza básica requieren tratamiento específico por dicho trastorno, siendo el diagnóstico neurológico más frecuente en los servicios de atención primaria (12).

Un estudio realizado por la Universidad del Azuay en niños de 4 a 6 años, sobre los problemas de conducta en La ciudad de Cuenca en el año 2011, donde se incluye al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, se encontró una prevalencia del 22.2% (13).



En el Centro de Diagnóstico de Cañar, de cada 100 niños que acuden para ser atendidos, del 3 al 5% presentan TDAH, en los últimos años. (14)

Según el DMS 5 es mucho más frecuente en niños que en niñas con una relación de 2:1, mientras que en los adultos esta relación va de 1,6:1; de acuerdo a los patrones de comportamiento, en las niñas se observa más la inatención, en cambio en los niños existe mayor hiperactividad-impulsividad. No existe una determinada frecuencia por edades, pero la edad para el diagnóstico es a partir de los 7 años y antes de los 12 años, (15) pues hasta los 6 años los niños y niñas tienen un comportamiento llevado más por la curiosidad y la gran actividad motora, no tomando precauciones ante situaciones que impliquen algún riesgo físico (16).

En el TDAH la inatención se presenta con ciertas conductas como: perdiciones en las tareas, falta de constancia, dificultad para mantener la atención y desorganización que no se corresponden a prácticas desafiantes o a falta de comprensión. La hiperactividad se refiere a un exceso de actividad motora cuando no es apropiado, o a jugueteos, golpes o palabrería excesivos, según el DSM5. (15)

Por todo lo antes mencionado vemos la necesidad de conocer la frecuencia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en la localidad, para que la información obtenida sirva como indicador del grado de afectación en los niños escolares y que incentive a futuras investigaciones.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Según las Prioridades de investigación en salud, 2013-2017, del Ministerio de Salud Pública, Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, Dirección de Inteligencia de la Salud, el estudio que se llevó a cabo está enfocado en base al ítem de SALUD MENTAL Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO, en el que constan diferentes patologías tales como “Esquizofrenia, Abuso de alcohol, tabaco y drogas (ATD), Depresión y Distimia, Trastornos de alimentación, Trastornos generalizados del desarrollo (Autismo, Asperger), Trastornos de Atención y Discapacidad intelectual”.





El TDAH tiene como característica dos patrones, y según el predominio de los síntomas presentes se clasifica al TDAH en tres subtipos o presentaciones clínicas (según el DSM5), que son: con predominio de déficit de atención, con predominio hiperactivo/impulsivo y subtipo combinado (15); que provocarán conflictos e irregularidades dentro del aula, al ser niños con diferentes necesidades pedagógicas. Debido a la prevalencia y a las características del trastorno, es necesario una inicial apreciación y diagnóstico del mismo a nivel escolar.

Atendiendo a las características diagnósticas y a la alta prevalencia en estudios internacionales es relevante caracterizar específicamente a nuestra población para el reconocimiento de la frecuencia de dicho diagnóstico en niños y niñas escolarizados, ya que corresponde a uno de los problemas de mayor impacto en la vida de quien lo presenta, en la familia y en el entorno que encierra.

La información importada por maestros y padres constituye una herramienta excelente que nos conduce al conocimiento de la conducta, la misma que dependiendo de diferentes variables, pueden predisponer la exacerbación de la sintomatología o regularla, dependiendo de la importancia que se le preste. Además si no es detectado a tiempo, agravará aún más el cuadro, siendo los afectados marcados como mal educados, incontrolables, insoportables, lo que les lleva a crear sentimientos de rebeldía por no ser aceptados, por ello la necesidad de su diagnóstico temprano.

En nuestro país los niños y los adolescentes son considerados como un grupo vulnerable y prioritario dentro de las políticas estatales según lo determina el art 44 “El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas”. Y art 45 “Los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes al ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado les asegurará y garantizará el derecho a la vida, desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social, a tener una familia y disfrutar de la



convivencia familiar y comunitaria; a la participación social, al respeto a su libertad y dignidad, y a ser consultados en los asuntos que les afecten.” Ambos artículos pertenecen a la sección quinta de la Constitución Política del Estado; será entonces una contribución para la ciudad y el país (17).

Los datos obtenidos de esta investigación permitirán acercarnos a la frecuencia de este trastorno, a través de la aplicación del cuestionario de Conners para padres y maestros; de este estudio se beneficiarán directamente los estudiantes de la escuela “Emilio Abad”, con el fin de que en un futuro se pueda realizar un plan de intervención con la información obtenida, para disminuir la actividad motora excesiva, mejorar el nivel de atención y el bajo rendimiento escolar relacionado con este trastorno, siendo positivo para el establecimiento educativo, su sistema psicopedagógico y el entorno social.



## CAPÍTULO II

### 2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

#### SISTEMA EDUCATIVO DE ECUADOR

**Educativo Inicial (preescolar):** corresponde desde los 3 a los 5 años y constituye un nivel no obligatorio, sin embargo muy importante para un desarrollo temprano.

**Educación general básica:** corresponde desde el primer año de básica, generalmente desde los 6 años de edad, hasta el décimo de básica.

En este nivel educativo el estudiante desarrolla capacidades para comunicarse, interpretar y resolver problemas, comprender la vida social y natural; convivir y participar activamente en una sociedad intercultural y plurinacional; valorar la identidad cultural nacional, los símbolos y valores que caracteriza a la sociedad ecuatoriana. Disfrutar de la lectura y leer de una manera crítica y creativa; producir textos que reflejen su comprensión del Ecuador y el mundo contemporáneo a través de su conocimiento. Valorar y proteger la salud humana en sus aspectos físicos, psicológicos y sexuales. Preservar la naturaleza y contribuir a su cuidado y conservación. Solucionar problemas de la vida cotidiana a partir de la aplicación de lo comprendido en las disciplinas del currículo.

Aplicar las tecnologías en la comunicación, en la solución de problemas prácticos, en la investigación, en el ejercicio de actividades académicas, etc. Interpretar y aplicar a un nivel básico un idioma extranjero en situaciones comunes de comunicación. Demostrar sensibilidad y comprensión a obras artísticas de diferentes estilos y técnicas, potenciando el gusto estético. Hacer buen uso del tiempo libre en actividades culturales, deportivas, artísticas y recreativas que los lleven a relacionarse con los demás y su entorno, como seres humanos responsables, solidarios y proactivos.



**Bachillerato:** Se denominan desde 1º a 3º año. A partir del 2011 el Ministerio de Educación eliminan las especializaciones físico-matemático, químico-biólogo, ciencias sociales y arte, por el Bachillerato General Unificado.

### **Educación General Básica:**

Las Instituciones educativas (IE) son establecimientos que imparten servicios educativos en distintos niveles, contando con la estructura física, personal docente y autorización legal para su correcto funcionamiento. Según el artículo 53 de la LOEI, las IE cumplen una función social, y tanto las públicas como las privadas y fiscomisionales se articulan entre sí como parte del Sistema Nacional de Educación (19).

La división de las instituciones se realiza de la siguiente manera:

- Escuelas son aquellas que imparten la primaria desde 2º a 7º año
- Colegios a la secundaria desde 8º a 10º básico
- Bachillerato de 1º a 3º año. (18)

Las IE se clasifican según la fuente principal de financiamiento que permite su sostenimiento en:

- Públicas:
  - Fiscales: Son IE financiadas por el Estado.
  - Municipales: Son IE financiadas por los municipios.
  - Fiscomisionales: Son aquellas cuyos promotores son congregaciones, órdenes o cualquiera otra denominación confesional o laica.
- Particulares: Constituidas y administradas por personas naturales o jurídicas de derecho privado. La educación en estas IE puede ser confesional o laica.

**Período/Año lectivo:** Comprende el tiempo en que los niños, niñas o adolescentes asisten a clases. Según el artículo 146 del Reglamento General a la LOEI, se debe desarrollar en un régimen escolar de dos quimestres en todas las IE, y debe tener una duración mínima de doscientos días de asistencia obligatoria de los estudiantes para el cumplimiento de actividades educativas.

El nivel de Educación General Básica se divide en 4 subniveles:



- Preparatoria, que corresponde a 1.er grado de E.G.B. y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 5 años de edad.
- Básica Elemental, que corresponde a 2º, 3º y 4º grados de E.G.B. y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 6 a 8 años de edad.
- Básica Media, que corresponde a 5º, 6º y 7º grados de E.G.B. y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 9 a 11 años de edad.
- Básica Superior, que corresponde a 8º, 9º y 10º grados de E.G.B. y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 12 a 14 años de edad.

Aunque las edades estipuladas son las sugeridas para la educación en cada nivel, no se puede negar el acceso del estudiante a un grado o curso por su edad. En casos como la repetición de un curso escolar, necesidades educativas especiales, jóvenes y adultos con educación inconclusa. (19)

### **Características de la Escuela Emilio Abad**

La escuela de educación básica “Emilio abad”, se encuentra ubicada en las calles 10 de Agosto y Luis Cordero, en el centro urbano de la ciudad de Azogues, en el cantón Azogues, de la provincia del Cañar.

Fundada el 17 de Noviembre de 1925, Es una institución fiscal, con aproximadamente 1400 estudiantes matriculados. Tiene desde 1º a 7º año de básica con 4 paralelos cada uno, y desde 8º a 10º con dos paralelos cada uno.

## **TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD**

### **DEFINICIÓN**

Se considera que el trastorno por déficit de atención es un trastorno neurobiológico y neuropsiquiátrico. Con gran heterogeneidad dentro de su aspecto neurobiológico por variados factores genéticos y ambientales (20). Y dentro del ámbito neuropsiquiátrico, se ven afectadas diferentes áreas vitales (21), caracterizado por la falta de atención, alteración en la función ejecutiva que se refiere a la capacidad para iniciar, organizar y llevar a cabo tareas, y en la memoria (15).



Al Trastorno por Déficit de Atención se le conoce por las siglas: TDA (trastorno por Déficit de Atención), SDA (Síndrome de Déficit de Atención), ADHA (Attention Deficit Hiperactivity Disorder) y más comúnmente TDHA (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad).

El déficit de atención puede manifestarse en diferentes situaciones académicas y sociales, en el ámbito escolar los niños tienden a cometer errores por descuido, pueden presentar trabajos sucios, descuidados y la realización sin reflexión de los mismos, dando lugar a que el niño no termine sus tareas. A más de lo mencionado los niños con este trastorno tienen otras respuestas típicas, que son: cambios de una tarea a otra, no siguen instrucciones, dan la impresión de no escuchar y tener la mente ocupada en otro lugar, dificultad para organizarse en las tareas; sin embargo hay que notar que estas sean por problemas en la atención, y no por negatividad. Los niños extravían los juguetes o materiales necesarios para realizar tareas, a menudo evitan o les disgusta realizar tareas que demanden esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

La hiperactividad suele manifestarse mediante un excesivo movimiento continuo que resulta inadecuado, presenta inquietud, incapaz de permanecer sentado por algún tiempo, continuamente está de pie, en marcha, hablando en exceso, para su edad y circunstancias; además pueden ser revoltosos, moverse en sus asientos y molestar a los compañeros.

La impulsividad se traduce por conductas de impaciencia, responder antes de que la pregunta haya sido terminada de formular e interrupciones frecuentes; igualmente los niños pueden realizar comentarios fuera de lugar, mostrar falta de atención a las normas, y realizar “payasadas”, etc. Es decir los niños son incapaces de auto controlarse, y de tener un adecuado comportamiento según su edad y las demandas de su entorno (22).

Es importante recalcar que se consideraba al TDAH como un trastorno propiamente de la infancia, sin embargo, estudios demuestran que más allá de la adolescencia, existen remisiones o el desarrollo del mismo como un trastorno de personalidad (21). Según el DSM5 para realizar el diagnóstico en la adultez, los expertos clínicos examinarán la infancia media y en toda la



adolescencia, para concluir la etapa donde iniciaron los síntomas, sin llegar hasta la niñez temprana (15).

El TDAH suele ser considerado más un problema para los maestros y los padres, que para el niño, sin embargo ellos se ven afectados emocionalmente y hasta pueden presentar depresión, debido a que por su comportamiento es fácil que estén metidos en peleas, con dificultad para estar en contacto con los demás niños, para realizar el trabajo escolar, siendo castigados frecuentemente por estas actividades (22).

## **TIPOS**

El TDAH tiene como característica fundamental un patrón de desatención y/o hiperactividad e impulsividad y según el predominio de los síntomas presentes, el trastorno se clasifica en tres subtipos: con predominio de déficit de atención, con predominio hiperactivo/impulsivo y subtipo combinado (14).

Según el DSM5 a los tres “subtipos” se les denomina también “presentaciones clínicas” que describen mejor los cambios en el trascurso del ciclo de vida de la persona (15).

De las características de cada subtipo o presentación clínica hablaremos más detalladamente en el siguiente acápite sobre el diagnóstico.

## **DIAGNÓSTICO**

Los síntomas propios de este trastorno son relativamente estables, sin embargo, sufren cambios durante el crecimiento y desarrollo del niño y la niña, así tenemos que en la etapa de la adolescencia se verán ligeramente disminuidos, sobre todo los síntomas de hiperactividad/impulsividad (23). Así mismo según el número de síntomas que el niño vaya experimentando a lo largo de su desarrollo, el grado del TDAH podrá ser leve, moderado o severo.

**Leve:** Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

**Moderado:** Síntomas o deterioros funcionales presentes entre "leve" y "grave".



Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral (15).

Es propio de este trastorno que los síntomas inicien antes de los siete años y duren aproximadamente seis meses de evolución. Los síntomas han de presentarse en dos o más contextos, como antes se ha mencionado, y afectaran al niño dentro de su vida social y académica (24).

Los síntomas del TDAH se pueden ver afectados por agentes situacionales, como el momento del día o el cansancio, factores motivacionales, la posibilidad de inspección, entre otros (25).

El diagnóstico de TDAH se basa principalmente en los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM) que surgió del consenso de expertos y de una amplia investigación, para lograr una categorización más uniforme de trastornos que no cuentan con un marcador biológico. (26)

Criterios diagnósticos:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por Inatención y/o Hiperactividad e impulsividad:

1. **Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.





- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones.

**2. Hiperactividad e impulsividad:** Seis o más de los siguientes síntomas durante al menos 6 meses, en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (no puede estar quieto durante un tiempo prolongado).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones.



B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos.

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental como trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias.

#### **Presentaciones clínicas:**

- Combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- Predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 y no se cumple el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

Las características asociadas pueden contener: Baja tolerancia a la frustración, irritabilidad y labilidad del estado de ánimo, rendimiento académico bajo por la asociación con procesos cognitivos (de atención, función ejecutiva o memoria) (15).

#### **ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO**

Entre las causas del déficit de atención e hiperactividad, figuran los siguientes factores:

Ambiental: Antecedentes de maltrato infantil, negligencia, múltiples casas de acogida temporal, baja situación socioeconómica o el estrés psicosocial de la familia, exposición a neurotóxicos.

Genético y Fisiológico: Es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de los individuos con TDAH. Se han correlacionado genes



específicos con el TDAH, pero éstos no son factores causales necesarios ni suficientes. Se han revelado tasas de concordancia de 25 a 40 % para gemelos dicigóticos o "mellizos" y de 80 % para gemelos monocigóticos o idénticos.

**Biológicos:** En el período prenatal existen antecedentes, como la exposición intrauterina al alcohol, la nicotina, fármacos como las benzodiazepinas, altos niveles de la hormona tiroidea (de la madre), infecciones, insuficiencia placentaria, toxemia. En el período perinatal existen probabilidades de hipoxia en el feto, mal uso y administración de sedantes en la madre al momento del parto, sufrimiento fetal, bajo peso al nacimiento, alteraciones cerebrales, como la encefalitis o traumatismos que afectan a la corteza prefrontal, e hipoglucemia.

**Neurofisiológicos:** Se han observado alteraciones de la actividad cerebral tales como, reducción del metabolismo/flujo sanguíneo en el lóbulo frontal, corteza parietal, núcleo caudado y cerebelo; activación de otras redes neuronales; déficit en la focalización neuronal; aumento del flujo sanguíneo y actividad eléctrica en la corteza senso-motora. Los lóbulos frontales presentan cambios negativos, órganos del cerebro que intervienen en el control de la conducta, en la solución de problemas y en la capacidad para mantener la atención; así también a nivel de los ganglios basales, la dopamina y noradrenalina, están alteradas en los niños con déficit de atención e hiperactividad, lo cual difiere en personas sanas.

**Neuroquímicos y Neuroanatómicos. Estudios de neuroimagen:** Se ha revelado reducción del cuerpo calloso, núcleo caudado y cerebelo, así como pérdida de alrededor de 5 % del volumen cerebral en la resonancia magnética de niños que padecen TDAH. Los estudios de tomografía por emisión de positrones han mostrado una reducción en el metabolismo de la glucosa en el cuerpo estriado, el lóbulo frontal y las regiones somato-sensitivas y occipitales.

**Modificadores del curso:** Los patrones de interacción familiar en la primera infancia normalmente no causan TDAH, pero pueden influir en su curso o favorecer al desarrollo secundario de problemas conductuales (27).



## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**

**Trastorno Negativista Desafiante:** Los individuos pueden resistirse a realizar un trabajo o las tareas escolares que requieren dedicación. Su comportamiento se caracteriza por la negatividad, la hostilidad y el desafío. En el TDAH se tienen que distinguir estos síntomas de la aversión a la escuela o hacia las tareas mentalmente exigentes.

**Trastorno Explosivo Intermitente:** El TDAH y el trastorno explosivo intermitente comparten altos niveles de conducta impulsiva. Sin embargo, los individuos con este trastorno muestran una hostilidad pronunciada que no es característica del TDAH, y no presentan los problemas para sostener la atención que se observan en el TDAH.

**Otros Trastornos del Neurodesarrollo:** La actividad motora elevada que puede ocurrir en el TDAH se debe distinguir del comportamiento motor repetitivo que caracteriza al trastorno de movimientos estereotipados. En el trastorno de movimientos estereotipados, el comportamiento motor generalmente es fijo y repetitivo mientras que la tendencia a jugar y la inquietud del TDAH son típicamente generalizadas.

**Trastorno Específico del Aprendizaje:** Los niños pueden parecer inatentos por su frustración, su falta de interés o su capacidad limitada, pero la inatención no conlleva deterioros fuera del trabajo académico.

**Discapacidad Intelectual:** Los síntomas no son evidentes durante las tareas no académicas. El diagnóstico de TDAH en caso de discapacidad intelectual requiere que la inatención o la hiperactividad sean excesiva para la edad mental.

**Trastorno del espectro Autista:** Los individuos muestran inatención, disfunción social y un comportamiento difícil de manejar. Los niños con trastorno del espectro autista pueden tener rabietas por su incapacidad de tolerar los cambios en el curso de los acontecimientos esperados, mientras que en el TDAH ocurrirá en transiciones importantes.

**Trastornos de Ansiedad:** Los individuos con TDAH son inatentos por su atracción por los estímulos externos, por las nuevas actividades o por



distraerse pensando en actividades agradables; esto se distingue de la inatención debida a la preocupación y la rumiación que se observa en los trastornos de ansiedad.

Trastornos Depresivos: la baja concentración en los trastornos del estado de ánimo solamente llega a ser prominente durante los episodios depresivos.

Trastorno Bipolar: Los individuos pueden tener una intensa actividad, escasa concentración y mucha impulsividad, pero estas son episódicas y se manifiestan de forma continua durante varios días seguidos. Los niños con TDAH pueden mostrar cambios importantes del estado de ánimo en un solo día; mientras que en un episodio maníaco, debe durar 4 días o más (15).

## PROBLEMAS RELACIONADOS

La consecuencia de los niños con problemas de conducta, tarde o temprano será la mala convivencia con sus compañeros y rendimiento escolar bajo. Muchos profesores dirán conocer lo que constituye un problema de conducta, sin embargo, un alumno puede presentar problemas de conducta frente a un determinado profesor y no frente a otro, como también exteriorizar sus alteraciones de manera transitoria o periódica. Los maestros pueden llegar a sentir frustración al momento de encontrar un alumno con problema de conducta, debido a la presión. Y para sus padres causa varias dificultades (28)

Problemas relacionados con el desarrollo (29):

<b>Cognitivo</b>
Déficits en algunas capacidades cognitivas
Dificultades en funciones ejecutivas
Déficits en el procesamiento de información temporal
Dificultades de aprendizaje
Inadecuada estimación y manejo del tiempo
Menor sensibilidad a los errores
Dificultad en el establecimiento y selección de metas
<b>Lenguaje</b>



Retraso en el inicio del lenguaje Dificultades en el habla Discurso excesivo (hablar mucho) Reducida capacidad para organizar y expresar las ideas Déficits en solución de problemas verbales Coexistencia de problemas con el procesamiento auditivo Retraso en la internalización del lenguaje
<b>Desarrollo motor</b>
Signos neurológicos menores (pobre coordinación motora y movimientos) Lentitud en movimientos motores gruesos Dificultad en la ejecución de secuencias motoras complejas Coexistencia con el trastorno de coordinación del desarrollo Disgrafestesia (dificultades para identificar figuras dibujadas sobre la piel)
<b>Funcionamiento Emocional</b>
Déficits en la regulación emocional de emociones positivas y negativas Dificultades para tolerar las frustraciones Dificultades selectivas para reconocer expresiones emocionales faciales
<b>Funcionamiento Escolar</b>
Rendimiento escolar bajo Conductas perturbadoras en el aula Necesidad frecuente de tutoría y refuerzo escolar Expulsiones de clase frecuentes Repeticiones de curso Estrategias ineficientes para responder en los exámenes
<b>Funcionamiento Social</b>
Déficits en la comprensión y la atribución social Dificultades en la solución de problemas de tipo social Bajos niveles de conductas pro-sociales, cooperación y participación Elevada frecuencia de conductas sociales problemáticas Dificultades de afiliación: rechazo y aislamiento social Dificultades en la relación con los padres, hermanos y con la familia extensa Menor estabilidad en las relaciones amorosas
<b>Riesgo De Salud</b>



Trastornos de sueño Elevada propensión a lesiones y accidentes físicos Aumento de riesgo al conducir Mayores gastos médicos para la familia Inicio precoz de las relaciones sexuales en la adolescencia Elevado riesgo de embarazo en adolescentes Elevado riesgo de enfermedades de transmisión sexual
---

Según Colomer, C et al, el desarrollo del trastorno por déficit de atención se complica al asociarse con trastornos del afecto y trastornos de conducta, pues la mitad de los niños con este trastorno en la adolescencia y adultez desarrollaran problemas de conducta que conllevan a un abuso de sustancias y hasta a la delincuencia. Otro problema frecuente es la labilidad emocional, por lo que es de mucha influencia la relación familiar, el apoyo y la comunicación dentro de su hogar (23).

## TRATAMIENTO

El Instituto Nacional de Salud Mental hace referencia a que los tratamientos más eficaces son los basados en intervenciones psicopedagógicas, neuropsicológicas y farmacológicas, y considera el tratamiento combinado o multimodal apto para los niños (4).

Lo anterior es reafirmado por el estudio de varias guías revisadas, que indican un tratamiento completo e integral con la utilización de farmacoterapia, psicoterapia cognitivo conductual, psicoeducación, intervención familiar y educativa. Todas las guías aconsejan utilizar fármacos para el tratamiento, incluyendo psicoestimulantes, la mayoría recomienda metilfenidato y atomoxetina como primera línea concordando que el mismo debe continuar a lo largo de toda la vida; sin embargo la AACAP y la European Network Adult ADHD indican a la atomoxetina como segunda línea. Es importante recalcar que según la guía NICE13, si el TDAH es leve o moderado y el deterioro es leve o moderado no se recomienda como primera línea tratamiento farmacológico (30).



En el tratamiento psicopedagógico mediante los programas de apoyo a los niños con TDAH incluye a padres y profesores para que los mismos tomen las precauciones necesarias. El profesor realiza una intervención educativa en la que desarrolla programas y estrategias en el control de conducta agresiva y apoya en los aprendizajes escolares con refuerzo extra clase. Así también, para el niño se recomienda el control ambiental de la estimulación sensorial por medio de organizar el hogar y el marco escolar, con el objetivo de disminuir los estímulos y las distracciones.

En las intervenciones psicosociales se incluye la psicoeducación, la terapia interacción padre-hijo, el entrenamiento en manejo parenteral, las intervenciones conductuales en el salón de clase y el entrenamiento en autocontrol. Lo primordial es interactuar con los padres de familia, para que con la información correcta puedan educar a sus hijos, descartando creencias falsas sobre el TDAH y favoreciendo su relación (27).

## **EL TEST DE CONNERS**

Inicialmente fueron diseñadas para valorar las modificaciones de conducta en los niños hiperactivos que recibían tratamiento farmacológico. Actualmente los test de Conners son los instrumentos más utilizados en la evaluación del TDAH, dado su practicidad y fácil administración.

El test de Conners es una escala que sirve para diagnóstico y evaluación de los cambios de conducta, existen dos versiones (para profesores y otra para padres de familia), y se realiza mediante la evaluación de la información recogida, la forma abreviada para padres contiene preguntas que se reparten en 5 factores: problemas de conducta, problemas de aprendizaje, quejas psicosomáticas, impulsividad/hiperactividad, ansiedad; mientras que la forma abreviada para profesores, está repartida para 3 factores: problemas de conducta, hiperactividad y desatención.

Se asigna la puntuación a cada respuesta del modo siguiente: NADA= 0 puntos. POCO= 1 punto. BASTANTE= 2 puntos. MUCHO= 3 puntos. Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad se realiza una suma de las puntuaciones obtenidas. En el test de Conners para profesores: niños





entre los 6 a 11 años con puntuación  $>17$  es sospecha de déficit de atención con hiperactividad; en las niñas entre los 6 a 11 años con puntuación  $>12$  da sospecha de déficit de atención con hiperactividad. En el cuestionario de Conners para padres de familia o representantes: niños entre los 6 a 11 años con puntuación  $>15$  es sospecha de déficit de atención con hiperactividad; en las niñas entre los 6 a 11 años con puntuación  $>13$  da sospecha de déficit de atención con hiperactividad (31).

En una revisión sistémica de varios estudios, realizada en el año 2012 por Calleja, C y Rosales, U, donde se analizó el test de Conners, las guías de Kaiser y la de NICE llegaron a la conclusión de considerar el test de Conners como prueba valiosa y como parte de la evaluación, según los expertos de las guías (32).

Según un estudio descriptivo transversal, realizado por Abdekhodaie, Z et al en 4143 niños de edad escolar del Noreste de Irán, se estimó una prevalencia del  $12,3\% \pm 2,12\%$ , además los criterios para la validez del test de Conners para padres y profesores, fueron evaluados a través de intervenciones clínicas, con una sensibilidad y especificidad, de 90.3% y 81.2% respectivamente (10).

En un estudio descriptivo transversal, realizado por Cruz, L et al, en los Altos Sur de Jalisco, en los escolares de primero y segundo año mediante las escalas de Conners para padres y maestros, los mismos que mostraron una fiabilidad alfa de Cronbach, en una población mexicana para Conners padres de 0.8941 y para Conners maestros de 0.928 (resultados cercanos a 1, que indican mayor fiabilidad de la escala, superiores a 0.8 garantizan la misma). Los niños detectados con TDAH fueron evaluados con examen neurológico completo, con el fin de confirmar o descartar su diagnóstico, según los criterios de DSM IV, la prevalencia del trastorno fue de 14.6%, con un predominio del género masculino sobre el femenino de 3:1 (33).

Un estudio descriptivo transversal, realizado por Cornejo, E et al sobre la prevalencia del Déficit de Atención e Hiperactividad en la zona noreste de Jalisco, México, en el año 2015, en el cual participaron 8,630 alumnos de las escuelas de la ciudades de Tepatitlán de Morelos, Arandas, San Miguel el Alto y San Juan de los Lagos en el que se aplicó el cuestionario de Conners,



complementando los casos positivos con la valoración completa en consulta de neurología, obteniendo una prevalencia de 9.11%, la prevalencia según el sexo fue de 77.9% para varones y de 22.1% para mujeres (34).

Cornejo, J et al, en Sabaneta, Medellín, realizó un estudio descriptivo de corte transversal con confirmación clínica en las encuestas (test de Conners y prueba de inteligencia), en el que participaron estudiantes entre 4 y 17 años, se encontraron prevalencias de 20.43% si no se exigía un valor mínimo en la prueba de inteligencia (35).

Según Barrios, O et al, en un estudio que realizaron en el año 2016, basado en los criterios del DSM IV, con 6639 alumnos de escuelas públicas de Guadalajara, Jalisco, México, mediante una encuesta con el informe de los padres. Se recuperaron y analizaron 4399 cuestionarios. De acuerdo con el informe de los padres, el 8.9% de los niños tienen un perfil de conductas compatibles con los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de TDAH. La relación de sexos en los 393 escolares fue 273/120 masculino/femenino (proporción 2:1) (36).

Goicoechea, M en su tesis doctoral, realizada en el año 2014, señala que muchos autores sobre el trastorno son de la opinión de realizar el diagnóstico con los niños y niñas que están en edad escolar básica media, debido a que en la escuela resulta fácil detectar los problemas (37).

En el estudio realizado por Montiel, C et al, en Venezuela (2005) en niños de 6 a 12 años, según los grupos de edad la prevalencia del trastorno es de 9.89% en los niños de 10 años y de 6.18% en los 11 años, siendo la mayor prevalencia en el grupo de 10 años de edad, y la menor en el grupo de 9 con 4.32%, esta discrepancia por grupos de edad podría explicarse como una de las consecuencias que el TDAH causa en el aprendizaje, logrando que estos niños se aislen y creen grupos sin respetar las normas, ocasionando problemas de conducta, por ello es probable que a edades mayores el niño presente síntomas asociados con problemas de conducta, por lo que los síntomas se relacionarían más con síntomas de Hiperactividad que trastorno de conducta (38).



Las escalas de Conners realizados por padres y maestros son de gran importancia para la valoración de la conducta de los niños y niñas que poseen el trastorno de déficit de atención e hiperactividad según los estudios encontrados, los mismos que indican una especificidad y sensibilidad adecuada, y concuerdan en que el diagnóstico se complementa con la evaluación clínica, por parte del psicólogo, psicopedagogo, pediatra y otros especialistas del área.



## **CAPÍTULO III**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de sexto y séptimo de básica de la escuela de educación básica “Emilio Abad”, de la ciudad de Azogues, del periodo lectivo 2016-2017.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar la frecuencia del TDAH, en los estudiantes de sexto y séptimo de básica de la escuela de educación básica “Emilio Abad”.
2. Determinar la frecuencia del TDAH, según la edad, sexo, y grado de escolaridad en los estudiantes de sexto o séptimo de la escuela “Emilio Abad”.



## CAPÍTULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

**4.1 TIPO DE ESTUDIO:** Esta investigación es de tipo descriptivo, transversal.

**4.2 ÁREA DE ESTUDIO:** La investigación se realizó en la Escuela “Emilio Abad” ubicada en la parroquia Azogues del Cantón Azogues, perteneciente a la provincia Cañar.

**4.3 UNIVERSO:** Nuestro universo lo conformaron los estudiantes matriculados en sexto y séptimo año de básica, en el periodo lectivo 2016- 2017, en la escuela “Emilio Abad”, que corresponden con la edad escolar básica media, que según estudios revisados durante este trabajo de investigación, recomiendan se realice el diagnóstico.

#### 4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión: Todas y todos los estudiantes que se encuentren matriculados en el sexto y séptimo de básica de la escuela “Emilio Abad”, del periodo lectivo 2016-2017, y que se les haya aplicado el test de Conners por parte de los profesores y padres de familia, previo consentimiento.

Criterios de exclusión: Estudiantes de sexto o séptimo de básica de la escuela “Emilio Abad” matriculados en el sexto y séptimo de básica de la escuela “Emilio Abad”, del periodo lectivo 2016-2017, que por inasistencia el día de la aplicación no hayan realizado el test de Conners, estudiantes con edad mayor a 11 años.

#### 4.5 VARIABLES

- Independiente:  
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Dependientes:  
Edad  
Sexo  
Grado de escolaridad



## **4.6 METODO, TECNICA E INSTRUMENTOS**

Método: Observacional.

Técnica: La encuesta.

Procedimiento para recolección de la información e Instrumentos a utilizar:

Para realizar este proyecto de investigación, se solicitó hablar con la directora de la escuela “Emilio Abad”, se conversó sobre el tema, y se obtuvo la autorización firmada que se encuentra en el acápite de anexos (anexo 3), se generó una reunión con el Departamento de Consejería Estudiantil y los profesores de los sextos y séptimos años de educación básica, periodo lectivo 2016-2017, a quienes se les explicó sobre nuestra investigación y el método para la obtención de la información, con la favorable acogida, se precede a hablar con los padres de familia o representantes legales, para explicarles los beneficios de nuestro estudio, se obtuvo el consentimiento informado (anexo 4) por parte de los padres de familia y se les entregó el cuestionario sobre datos demográficos (anexo 5) más el test de Conners para padres (anexo 7); explicando que se debe contestar cada ítem con la mayor precaución para evitar falsos positivos, que lleva aproximadamente 20 minutos, y cada ítem se debe evaluar según el comportamiento del niño en un periodo de seis meses, y a los profesores, tutores de los grados antes mencionados, el test de Conners para profesores (anexo 6) con las mismas indicaciones, con un plazo de entrega de dos días. Finalmente se acudió a la recepción de los cuestionarios y se habló sobre el tema con los estudiantes.

## **4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Los datos recolectados a través del cuestionario sociodemográfico donde constaban: edad, sexo y grado escolar, y de los formularios del test de Conners para padres y maestros, fueron ingresados a una base de datos del programa Microsoft Excel 2013 y se analizaron mediante la versión 22.0 del programa SPSS, los resultados obtenidos fueron representados mediante tablas, según su frecuencia y porcentaje, cumpliendo los objetivos dentro de este estudio.



#### **4.8 ASPECTOS ÉTICOS**

Se solicitó la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Se solicitó la autorización de la Dirección de la Escuela “Emilio Abad” de la ciudad de Azogues. Además del consentimiento informado de los padres de familia de los estudiantes de sexto y séptimo años de básica del periodo lectivo 2016-2017 y los docentes de estos años de básica mencionados, aceptaron voluntariamente colaborar con la investigación.

Los docentes, los padres de familia y el Departamento de Consejería Estudiantil de la escuela, fueron informados sobre el tema de nuestra investigación, los objetivos y la metodología a usarse en la misma.

Se indicó que esta investigación no implicaría costos para los estudiantes, los padres, los profesores o para el plantel educativo.

Se recalcó que la información obtenida es estrictamente confidencial, y que será usada solo en fines del estudio. Esta confidencialidad de la información se mantuvo durante todo el proceso de la investigación.

Se respetó su autonomía.

## CAPÍTULO V

### 5.1 RESULTADOS

**Tabla No. 1**

Distribución de 232 estudiantes de sexto y séptimo año de básica, de la escuela “Emilio Abad”, de la ciudad de Azogues, matriculados en el periodo lectivo 2016-2017, que presentan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, evaluado por el test de Conners por parte de los docentes.

<b>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad</b>	<b>N° de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	59	25.4%
<b>No</b>	173	76.1%
<b>Total</b>	232	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaboración:** González, M. Villalta, C.

Interpretación de resultados:

De 232 estudiantes matriculados en sexto y séptimo año de básica, de la escuela “Emilio Abad”, según la evaluación del test de Conners aplicado a los profesores, 59 estudiantes presentan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y 173 estudiantes que no lo presentan, siendo el 25.4% y 76.1% respectivamente.



**Tabla No. 2**

Distribución de 232 estudiantes de sexto y séptimo año de básica, de la escuela “Emilio Abad”, de la ciudad de Azogues, matriculados en el periodo lectivo 2016-2017, que presentan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, evaluado por el test de Conners por parte de los padres de familia.

<b>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad</b>	<b>N° de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	36	15.5%
<b>No</b>	196	84.5%
<b>Total</b>	232	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaboración:** González, M. Villalta, C.

#### Interpretación de resultados:

De 232 estudiantes de sexto y séptimo año de básica, de la escuela “Emilio Abad” de la ciudad de Azogues, matriculados en el periodo lectivo 2016-2017, según la evaluación del test de Conners aplicado a sus padres, 36 de ellos presentan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, y 196 no presentan este trastorno, representando el 15.5% y el 84.5% respectivamente.

**Tabla No. 3**

Distribución de 232 estudiantes de sexto y séptimo año de básica, de la escuela “Emilio Abad”, de la ciudad de Azogues, matriculados en el periodo lectivo 2016-2017, por sexo y que presentan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, según la aplicación del test de Conners por parte de los docentes.

SEXO		Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad				Total	
		SI	Porcentaje	NO	Porcentaje		
	MASCULINO	56	26.5%	155	73.5%	211	100%
	FEMENINO	3	14.3%	18	85.7%	21	100%
Total		59	25.4%	173	74.6%	232	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: González, M. Villalta, C.

#### Interpretación de resultados:

De los 232 estudiantes que fueron evaluados por parte de los profesores a través del test de Conners, y según el sexo, de los 211 estudiantes que pertenecen al sexo masculino, 56 niños es decir el 26.5% presentan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y de 21 estudiantes que corresponden al sexo femenino, 3 presentan este trastorno, que representa el 14.3%.

**Tabla No.4**

Distribución de 232 estudiantes de sexto y séptimo año de básica, de la escuela “Emilio Abad”, de la ciudad de Azogues, matriculados en el periodo lectivo 2016-2017, por sexo y que presentan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, según la aplicación del test de Conners por parte de los padres de familia o representantes.

		Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad				Total	
		SI	Porcentaje	NO	Porcentaje		
SEXO	MASCULINO	32	15.2%	179	84.8%	211	100%
	FEMENINO	2	9.5%	19	90.5%	21	100%
Total		34	14.7%	198	85.3%	232	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaboración:** González, M. Villalta, C.

#### Interpretación de resultados:

De los 232 estudiantes que fueron evaluados por parte de sus padres a través del test de Conners, y según el sexo, de los 211 estudiantes de sexo masculino, 32 niños es decir el 26.5% presentan este trastorno y de 21 estudiantes de sexo femenino, 2 presentan este trastorno que representa el 9.5%.

**Tabla No. 5**

Distribución de 59 estudiantes de sexto y séptimo año de básica, de la escuela “Emilio Abad”, de la ciudad de Azogues, matriculados en el periodo lectivo 2016-2017, por *edad* y que presentan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, evaluado por el test de Conners por parte de los docentes.

Edad	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	Porcentaje
10 años	29	49.1%
11 años	30	50.9%
Total	59	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: González, M. Villalta, C.

#### Interpretación de resultados:

De acuerdo a la edad, los 59 estudiantes de sexto y séptimo año de básica, de la escuela “Emilio Abad”, matriculados en el periodo lectivo 2016-2017, que según la aplicación del test de Conners por sus profesores poseen el trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad, corresponden a 29 niños de 10 años y a 30 niños de 11 años, que representa el 50.9% y el 49.1% respectivamente.

**Tabla No. 6**

Distribución de 36 estudiantes de sexto y séptimo año de básica, de la escuela “Emilio Abad”, de la ciudad de Azogues, matriculados en el periodo lectivo 2016-2017, por *edad* y que presentan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, evaluado por el test de Conners por parte de los padres de familia.

Edad	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	Porcentaje
10 años	16	44.4%
11 años	20	55.6%
Total	36	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: González, M. Villalta, C.

#### Interpretación de resultados:

De acuerdo a la edad, los 36 estudiantes de sexto y séptimo año de básica, de la escuela “Emilio Abad”, matriculados en el periodo lectivo 2016-2017, que según la evaluación de sus padres con la aplicación del test de Conners, poseen el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, corresponden a 16 estudiantes de 10 años, y a 20 estudiantes de 11 años, representando respectivamente el 44.4% y el 55.6%.

**Tabla No. 7**

Distribución de 59 estudiantes de sexto y séptimo año de básica, de la escuela “Emilio Abad”, de la ciudad de Azogues, matriculados en el periodo lectivo 2016-2017, por *nivel de escolaridad* y que presentan el Trastorno por Déficit de Atención, evaluado por el test de Conners por parte de los docentes.

Nivel de escolaridad	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	Porcentaje
Sexto de básica	40	67,7%
Séptimo de básica	19	32,2%
Total	59	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: González, M. Villalta, C.

#### Interpretación de resultados:

De acuerdo al nivel escolar, los 59 estudiantes de sexto y séptimo año de básica, de la escuela “Emilio Abad”, matriculados en el periodo lectivo 2016-2017, que según la evaluación de sus profesores con la aplicación del test de Conners, poseen el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, 40 niños corresponden a sexto de básica, siendo el 67,7% y 19 niños, el 32,2% a séptimo de básica.

**Tabla No. 8**

Distribución de 36 estudiantes de sexto y séptimo año de básica, de la escuela “Emilio Abad”, de la ciudad de Azogues, matriculados en el periodo lectivo 2016-2017, por *nivel de escolaridad* y que presentan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, evaluado por el test de Conners por parte de los padres de familia o representantes.

<b>Grado</b>	<b>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexto de básica</b>	21	58,3%
<b>Séptimo de básica</b>	15	41,7%
<b>Total</b>	36	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaboración:** González, M. Villalta, C.

#### Interpretación de resultados:

De acuerdo al nivel escolar, los 59 estudiantes de sexto y séptimo año de básica, de la escuela “Emilio Abad”, de la ciudad de Azogues, matriculados en el periodo lectivo 2016-2017, que según la evaluación de sus padres o representantes con la aplicación del test de Conners, que poseen el trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad corresponde a 21 escolares de sexto de básica, siendo el 58,3% y a 15 escolares que representa el 41,7% de séptimo de básica,

## CAPÍTULO VI

### 6.1 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran un porcentaje de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, con una prevalencia según los test aplicados, Conners para padres de 15.5% y según Conners para maestros de 25.4%, la variabilidad se debe a que son percepciones subjetivas, y a que el niño o niña pueden presentar un comportamiento diferente dependiendo del lugar donde se encuentre.

Abdekhodaie, Z et al en Irán (2012), evaluaron una muestra de 4143 niños de edad escolar, mediante las escalas de Conners se estimó una prevalencia del  $12,3\% \pm 2,12\%$  (10). El estudio realizado por Cruz, L et al en los Altos Sur de Jalisco (2010), en los escolares de primero y segundo año mediante las escalas de Conners para padres y maestros, y luego la evaluación con examen neurológico completo, con el fin de confirmar o descartar su diagnóstico, según los criterios de DSM IV, la prevalencia del trastorno fue de 14.6% (32). Cornejo, J et al, en Sabaneta, Medellín, (2005) realizó un estudio en el que participaron estudiantes entre 4 y 17 años, con confirmación clínica, en donde la prevalencia según test de Conners fue de 20.43% (34). Cornejo, E et al en la zona noreste de Jalisco, México (2015), en el cual participaron 8,630 alumnos se encontró una prevalencia de 9.11% según el cuestionario de Conners, complementando con la valoración completa en consulta de neurología (33).

Si comparamos los estudios antes mencionados con el nuestro, el porcentaje es alto si tomamos como referencia al resultado obtenido por el test de Conners maestros, pero existe una mayor similitud con los resultados de Conners padres, esto podría deberse a que los padres están en mayor contacto con el niño o niña, y a que los datos obtenidos son subjetivos.

En nuestro grupo de investigación, el total de niños es de 211 y de niñas es de 21, por lo que no se pudo correlacionar los mismos con la población total, determinando realizar el porcentaje en relación al número de casos de cada sexo; los resultados obtenidos fueron una prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de 26.5% del total de la población de sexo



masculino, y del 14.3% del sexo femenino, según Connors para maestros. Mientras que según Connors para padres los resultados fueron 15.2% y 9.5%, respectivamente. Representando que este trastorno es más frecuente en niños que en niñas. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Barrios, O et al, en Guadalajara (2016), realizado a 393 escolares, donde según el sexo obtuvo 273 escolares de sexo masculino y 120 de sexo femenino (proporción 2:1) (35). Según el estudio realizado por Cornejo, E et al en la zona Noreste de Jalisco, México (2015), la prevalencia según el sexo fue de 77.9% para varones y de 22.1% para mujeres (33). Y en el estudio realizado por Cruz, L et al en los Altos Sur de Jalisco (2010), en los escolares de primero y segundo año mediante las escalas de Connors para padres y maestros, se encontró un predominio del género masculino sobre el femenino de 3:1 (32).

Según los grupos de edad estudiados existe una similitud de frecuencia del TDAH, presentándose un porcentaje para los 10 años igual a 49.1% y en los 11 años a 50.9%, según Connors para maestros; mientras que según el test de Connors aplicado por padres de familia presenta una diferencia de los grupos de edad de un 11.2% siendo mayor en el grupo de 11 años de edad.

En el estudio realizado por Montiel, C et al, en Venezuela (2002) en niños de 6 a 12 años, según los grupos de edad la prevalencia del trastorno es de 9.89% en los niños de 10 años y de 6.18% en los 11 años, siendo la mayor prevalencia en el grupo de 10 años de edad, y la menor en el grupo de 9 con 4.32% (37); si tomamos en cuenta las edades que corresponden al nivel escolar básico medio, encontramos que las edades tomadas en cuenta en nuestro estudio, presentan mayor prevalencia.

Como último punto de estudio TDAH está presente con mayor frecuencia en sexto grado escolar; presentando según el Connors para profesores una prevalencia del 67.7% del total casos positivos, y según el test de Connors para padres corresponden al 58.3%, estos resultados varían de los encontrados en el estudio de prevalencia de TDAH por grado escolar, realizado a niños mexicanos por parte de Barrios, O et al (2016), que muestra un menor porcentaje en estudiantes de cuarto a sexto grado con un 38%, en relación al 62% en estudiantes desde primero a tercer grado (35).



## CAPÍTULO VII

### 7.1 CONCLUSIONES

- Nuestro estudio muestra una alta prevalencia de TDAH debido a que está basado en el test de Conners para padres y maestros, los mismos que son datos subjetivos, que deberían complementarse con los criterios diagnósticos clínicos.
- Se determinó que la frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de sexto y séptimo de básica matriculados en el periodo lectivo 2016-2017 es de 25.4% según Conners maestros y de 15.5% según el Conners padres de familia.
- La prevalencia del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, predominó en el sexo masculino, tanto en Conners para maestros como para padres, con un 26.5% y 15.2% del total de niños, respectivamente.



## 7.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda complementar el estudio realizado con el diagnóstico clínico mediante los criterios del DSM5, valorando si existe un trastorno neurobiológico, factores ambientales o problemas psicosociales en los niños positivos que explique el porcentaje elevado de TDAH.
- Informar a la Dirección de la escuela “Emilio Abad” sobre los resultados obtenidos en esta investigación, para que se pueda identificar a los niños positivos y realizar el seguimiento respectivo con psicólogo, psicopedagogo y pediatra, para que en caso de confirmación de casos, reciban el tratamiento adecuado.
- La institución y los profesionales del área del Departamento de Consejería estudiantil, debe capacitarse y trabajar continuamente con los niños y niñas para llegar a un diagnóstico temprano.
- Los padres, maestros y profesionales deben estar capacitados y actualizados con la información certera, para evitar la estigmatización social, que solo complicaría el desarrollo del niño o niña con TDAH.

---

## CAPÍTULO VIII

### 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velásquez, E. Ordoñez, C. Trastornos por uso de sustancias y trastorno por déficit de atención e hiperactividad: frecuencia en pacientes varones hospitalizados en un servicio de adicciones. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2015 [citado mayo 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972015000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972015000200003&script=sci_arttext)
2. Vásquez, J. et al. Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. [Internet] instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. 2010. [citado diciembre 2015]. Disponible en: [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/guia\\_tdah.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/guia_tdah.pdf)
3. Código de la Niñez y Adolescencia. 2014. [última modificación 07 junio 2014; citado enero 2016]. Disponible en: <http://www.igualdad.gob.ec/docman/biblioteca-lotaip/1252--44/file.html>
4. Abad, L et al. Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev Neurol [Internet]. 2013 [citado diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.neurologia.com/articulo/2013290>
5. Kooij, J et al. Internal and external validity of attention deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. PsycholMed [Internet]. 2005 [citado en enero 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15997602>
6. Valverde, M. Inchauspe, J. Alcance y limitaciones del tratamiento farmacológico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes y Guías de Práctica Clínica. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2014 [citado enero 2016]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v34n121/original03.pdf>
7. Soutullo, C. Guía Esencial de Psicofarmacología del Niño y del Adolescente. 2011. España. Editorial Panamericana. Pág. 9 – 10



8. Rabito, M. Correas, J. Guías para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: una revisión crítica [Internet]. 2014 [citado febrero 2016]. Disponible en: <http://www.pediatrasandalucia.org/Pdfs/guiastdah.pdf>
9. Almager, L et al. Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad en escolares del municipio de Puerto Padre. Revista Electrónica [Internet]. 2014. [citado en febrero 2016]. Disponible en: <http://revzoiomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/160/287>
10. Abdekhodaie, Z et al. The investigation of ADHD prevalence in kindergarten children in northeast Iran and a determination of the criterion validity of Conners' questionnaire via clinical interview. Elsevier [Internet]. 2012. [citado en junio 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422211003854>
11. Barragán, E et al. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad [Internet]. 2007 [citado diciembre 2015]. Disponible en: [http://tdahlatinoamerica.org/documentos/05\\_CARPETA\\_5\\_Barragan\\_y\\_otros\\_Primer\\_Consenso.pdf](http://tdahlatinoamerica.org/documentos/05_CARPETA_5_Barragan_y_otros_Primer_Consenso.pdf)
12. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) [Internet]. 5a Ed. 2014 [citado julio 2016]. Disponible en: <http://www.saludypsicologia.com/app/webroot/useruploads/imageManager/DSM%205.pdf>
13. Duque, P. Trastornos conductuales en los niños y niñas de 4 a 6 años de edad del centro educativo "Liceo Integral" – Cuenca. [internet]. 2012 [citado enero 2017] disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3035/1/08704.pdf>
14. Andrade, B. Detección temprana de caracteres del Déficit de Atención con Hiperactividad en el primer año de educación general básica de la Unidad Educativa Luis Cordero de Azogues año lectivo 2012-2013. 2014. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3209/1/09983.pdf>



15. Rivera, F. Etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Características Asociadas en la Infancia y la Niñez [Internet]. 2013 [citado mayo 2016]. Disponible en: [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas\\_ip/2013/articulos\\_b/A\\_IP\\_Facultad\\_de\\_Psicologia\\_UNAM\\_32\\_1079\\_1091\\_Etiologia\\_del\\_trastorno\\_por\\_deficit\\_de\\_atencion\\_e\\_hiperactividad\\_y\\_caracteristicas\\_asociadas\\_en\\_la\\_infancia\\_y\\_ninez.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2013/articulos_b/A_IP_Facultad_de_Psicologia_UNAM_32_1079_1091_Etiologia_del_trastorno_por_deficit_de_atencion_e_hiperactividad_y_caracteristicas_asociadas_en_la_infancia_y_ninez.pdf)
16. Constitución del Ecuador [Internet]. 2012 [citada en mayo 2016]. Disponible en: <http://www.auditoriacidada.org.br/wp-content/uploads/2012/08/NovaConstitucionEcuador.pdf>
17. La educación en Ecuador. Sistema Educativo de Ecuador. [Internet]. 2013 [citado enero 2017]. Disponible en: <http://sistemaeducativoecuador.blogspot.com/2013/01/la-educacion-en-ecuador-esta.html>
18. Ecuador: Indicadores Educativos 2011-2012. Ministerio de Educación. [Internet]. 2013 [citado enero 2017]. Disponible en: [https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/Indicadores\\_Educativos\\_10-2013\\_DNAIE.pdf](https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/Indicadores_Educativos_10-2013_DNAIE.pdf)
19. Fernández, A et al. Endofenotipos genómicos del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev Neurol. [Internet]. 2012 [citado mayo 2016] Disponible en: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ibc-99619>
20. Ramos, J et al. 2012. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. Rev Neurol [Internet]. 2011 [citado mayo 2016]. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/54S01/bhS01S105.pdf>
21. Vélez, C. Vidarte, J. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de la primera infancia en Colombia. Rev salud pública [Internet]. 2012 [citado diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14s2/v14s2a10.pdf>
22. Colomer, C et al. Funciones ejecutivas y características estresantes de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en los resultados durante la adolescencia. Rev Neurol [Internet]. 2012 [citado



- mayo 2016]. Disponible en:  
<http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/61188/56020.pdf?sequence=1>
23. Lora, A. Díaz, M. Abordaje del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad desde la visión del pediatra de cabecera. *Rev Pediatr aten primaria* [Internet]. 2012 [citado junio 2016]. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322011000400013](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000400013)
24. Alda, J et al. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. [Internet]. 2010 [citado diciembre 2015]. Disponible en:  
[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_477\\_TDAH\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf)
25. Rodillo, E. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescente. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2015 [citado junio 2016]. Disponible en:  
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90393601&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=202&ty=94&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v26n01a90393601pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90393601&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=94&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v26n01a90393601pdf001.pdf)
26. Portela, A et al. Trastorno por Déficit e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. *MEDISAM* [Internet]. 2016 [citado noviembre 2016]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000400016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400016)
27. Jadue, G. Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estud pedagóg* [Internet]. 2002 [citado diciembre 2015]. Disponible en:  
[http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-07052002000100012&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-07052002000100012&script=sci_arttext&tlng=es)
28. Amador, J. Krieger, V. TDAH, Funciones Ejecutivas y Atención. [Internet]. 2013 [citado junio 2016]. Disponible en:  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/47886/1/TDAH%20y%20FE-%202013-JAAmador-VKrieger.pdf>



29. Rabito, M. Correas, J. Guías para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: una revisión crítica. Actas Esp Psiquiatr [Internet] 2014 [citado junio 2016]. Disponible en: <http://www.pediatrasandalucia.org/Pdfs/guiastdah.pdf>
30. Amador, J et al. Utilidad diagnóstica del cuestionario de TDAH y de Perfil de Atención para discriminar entre niños con trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, trastornos del aprendizaje y controles. [Internet]. 2005 [citado diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61815/76129>
31. Calleja, J. Rosales, U. Evaluación del test de Conners y de inteligencia en el diagnóstico del déficit atencional en población entre 6 y 19 años: revisión sistemática. Medwave [Internet]. 2012 [citado enero 2017]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/RevSistematicas/5469>
32. Cruz, L et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares de tres poblaciones del estado de Jalisco. Revista Mexicana de Neurociencia. Rev Mex Neuroci [Internet]. 2010 [citado diciembre 2015]. Disponible en: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/05/Nm101-02.pdf>
33. Cornejo, E et al. Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en escolares de la zona noreste de Jalisco, México. Revista médica [Internet]. 2015 [citado mayo 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md153d.pdf>
34. Cornejo, J et al. Prevalencia de Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. Rev Neurolo [Internet]. 2005 [citado diciembre 2015]. Disponible en: [http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/ea439d0d-2825-42c0-bdc5-9a84e933b080/2005\\_Prevalencia%2Bdel%2Btrastorno%2Bpor%2Bd%C3%A9ficit%2Bde%2Batenci%C3%B3n-hiperactividad.pdf?MOD=AJPERES](http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/ea439d0d-2825-42c0-bdc5-9a84e933b080/2005_Prevalencia%2Bdel%2Btrastorno%2Bpor%2Bd%C3%A9ficit%2Bde%2Batenci%C3%B3n-hiperactividad.pdf?MOD=AJPERES)
35. Barrios, O et al. Características del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares mexicanos de acuerdo con la percepción de los padres. [Internet]. 2016 [citado enero 2017]. Disponible en:





[www.elsevier.es/es-revista-suma-psicologica-207-pdf-S0121438116300030-S200](http://www.elsevier.es/es-revista-suma-psicologica-207-pdf-S0121438116300030-S200)

36. Goicoechea, M. Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños con superdotación intelectual. Estudio empírico sobre la utilización del test de Conners' continuos performance test II en el diagnóstico. [Internet] 2014 [citado enero 2017]. Disponible en: [http://riubu.ubu.es/bitstream/10259/3978/1/Goicoechea\\_G%C3%B3mez.pdf](http://riubu.ubu.es/bitstream/10259/3978/1/Goicoechea_G%C3%B3mez.pdf)
37. Montiel, C et al. Estimaciones de la prevalencia de trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. Rev Neurol [Internet]. 2002 [citado diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.tdahlatinoamerica.org/documentos/articulosnuevos/Montiel%20Cecilia%20prevalencia%20del%20TDAH%20en%20ni%C3%9Fos%20marabinos.pdf>



## CAPITULO IX

### 9. ANEXOS

#### 9.1 Operacionalización De Variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta la actualidad.	Tiempo	Años cumplidos después del nacimiento	10 años 11 años
Sexo	Características fenotípicas del individuo	Fenotipo	Fenotipo	Cualitativo nominal: Masculino Femenino
Grado de escolaridad	Año de educación que este cursando el estudiante	Año escolar	Certificado de matricula	Sexto de básica Séptimo de básica
TDAH	Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.	Atención e Hiperactividad	Test de Conners para padres y maestros	Positivo- Conners padres Niños >15 y Niñas >13 Positivo- Conners maestros: Niños > 17 y Niñas > 12



## 9.2 APROBACIÓN DEL DIRECTOR

Doctor.

Manuel Ismael Morocho Malla

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado "FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE SEXTO Y SEPTIMO DE BÁSICA DE LA ESCUELA "EMILIO ABAD", DE LA CIUDAD DE AZOGUES, EN EL PERIODO LECTIVO 2016-2017." realizado por las profesionales en formación: María Caridad González Sacoto y Carola Maribel Villalta Contreras, cumplen con los requisitos establecidos en las normas generales para la graduación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo que me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Cuenca, Enero de 2017

f)  \_\_\_\_\_



### 9.3 Solicitud de autorización



#### AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCION

FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE SEXTO Y SEPTIMO DE BÁSICA DE LA ESCUELA "EMILIO ABAD", DE LA CIUDAD DE AZOGUES, EN EL PERIODO LECTIVO 2016-2017.

Nosotras, María Caridad González CI. 0302394218, Carola Maribel Villalta Contreras CI. 1400898787, estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, nos dirigimos a usted por medio de la presente para solicitar se nos autorice la realización de nuestro trabajo de investigación, para la obtención del título de Médica, mediante el acceso a la información recolectada por medio de la aplicación del test de Conners versión para profesores, evaluando a cada uno de los estudiantes de sexto y séptimo de básica del año lectivo 2016-2017, con el objetivo de determinar la frecuencia del trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad, dentro de este grupo escolar.

La información proporcionada, será utilizada únicamente para cumplir los objetivos de la investigación y serán absolutamente confidenciales.

Luego de recolectar los datos, serán ingresados al programa Microsoft Excel 2013, y se analizarán en el programa SPSS versión 15.0, cuyos resultados serán expresados mediante tablas, acorde a los objetivos de este trabajo.

El programa no tendrá ningún costo para los alumnos, padres de familia, profesores o para el plantel educativo y no implica ningún riesgo para los y las estudiantes.

Lcda. Mariana Andrade

Directora de la Escuela de Educación Básica "Emilio Abad"



Para mayor información contactarse con la señorita María Caridad González teléfono 0984111880.



#### 9.4 Consentimiento informado de los padres de familia



##### CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la ciudad de Azogues, a los ....., del mes de octubre del 2016; Yo..... portador de la cedula de identidad numero..... En mi calidad de padre de familia del estudiante: .....

Procedo a dar "**Mi Consentimiento Informado**", a fin de que las señoritas María Caridad González y Carola Villalta, estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, procedan a aplicar las encuestas y reactivos psicológicos necesarios a mi representado, que se encuentra en ..... grado de básica de la Escuela Emilio Abad en el año lectivo 2016-2017.

Y renuncio a cualquier acción legal de tipo civil o penal, que pueda devenir en contra de la señoritas González y Villalta por la aplicación y el estudio al que se somete mi hijo dentro de la investigación científica para la elaboración de la tesis de grado, cuya finalidad será establecer la FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE SEXTO Y SEPTIMO DE BÁSICA DE LA ESCUELA "EMILIO ABAD", DE LA CIUDAD DE AZOGUES, EN EL PERIODO LECTIVO 2016-2017, la misma que servirá para la obtención del Título de Médica, de las investigadoras.

Atentamente:

.....

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA



## 9.5 Formulario Sociodemográfico

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

El trastorno por Déficit de atención/hiperactividad es un síndrome heterogéneo caracterizado por niveles excesivos de inatención, hiperactividad e impulsividad.

El objetivo de esta investigación es estudiar la frecuencia de TDAH en los estudiantes de sexto y séptimo de básica de la escuela Emilio Abad.

Instructivo: Por favor lea con atención los items a continuación, los que nos servirán para investigar datos demográficos de los estudiantes dentro de este estudio; se recomienda que sus respuestas las realice con la mayor sinceridad.

Confidencialidad: la presente investigación e información de datos obtenida, en este formulario, será confidencial, por lo tanto, no será revelada a ninguna persona ajena a la investigación. Para mayor seguridad en este cuestionario no se debe incluir el nombre de la persona encuestada.

1.Cuál es su edad: \_\_\_\_\_

2. A que género pertenece:

Masculino \_\_\_\_\_

Femenino \_\_\_\_\_

3. Qué grado está usted cursando:

6to \_\_\_\_\_

7mo \_\_\_\_\_

Gracias por su colaboración.



## 9.6 Test de Conners version para profesores.

### TEST DE CONNERS

#### ÍNDICE DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES

**INSTRUCTIVO:** La encuesta tiene como finalidad conocer si el estudiante padece del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Se solicita muy comedidamente, se sirva contestar de forma verídica las preguntas que a continuación detallamos; siendo contestado con una sola respuesta marcando con una “X” (nada, poco, bastante, mucho) de acuerdo a la categoría que corresponde y a la forma de comportamiento del estudiante.

(C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada

	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1: Tiene excesiva inquietud motora				
2: Tiene explosiones impredecibles de mal genio				
3: Se distrae fácilmente, tiene escasa atención				
4: Molesta frecuentemente a otros niños				
5: tiene aspecto enfadado, huraño				
6: Cambia bruscamente sus estados de ánimos				
7: Intranquilo, siempre en movimiento				
8: Es impulsivo e irritable				
9: No termina las tareas que empieza				
10: Sus esfuerzos se frustran fácilmente				

TOTAL:

RESULTADO:

#### **Instrucciones:**

Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS. POCO = 1 PUNTO. BASTANTE = 2 PUNTOS. MUCHO = 3 PUNTOS



## 9.7 Test de Conners version para padres

### TEST DE CONNERS

#### ÍNDICE DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES DE FAMILIA O REPRESENTANTES

**INSTRUCTIVO:** La encuesta tiene como finalidad conocer si el estudiante padece del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Se solicita muy comedidamente, se sirva contestar de forma verídica las preguntas que a continuación detallamos; siendo contestado con una sola respuesta marcando con una “X” (nada, poco, bastante, mucho) de acuerdo a la categoría que corresponde y a la forma de comportamiento del estudiante.

(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				

TOTAL:

RESULTADO:

#### Instrucciones:

Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS. POCO = 1 PUNTO. BASTANTE = 2 PUNTOS. MUCHO = 3 PUNTOS